

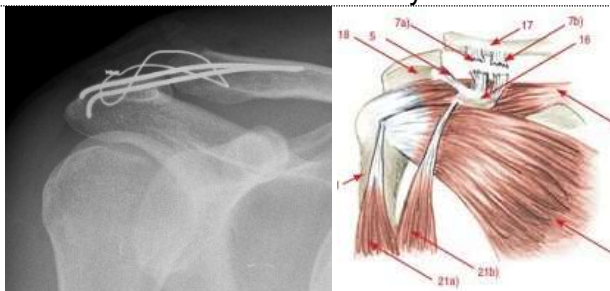
Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků klíční kosti vzniklých zlomeninou po úrazu pomocí kovového materiálu /kovová dlaha se šrouby, kovové dráty/ (osteosyntéza klíční kosti),
a se stabilizací skloubení mezi lopatkou a klíční kosti pomocí kovových drátů, sešití vazů spojujících klíční kost a lopatku (transfixace akromioklavikulárního skloubení)

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Spojení kostních úlomků klíční kosti vzniklých zlomeninou po úrazu pomocí kovového materiálu / kovová dlaha se šrouby, kovové dráty/ (osteosyntéza klíční kosti)

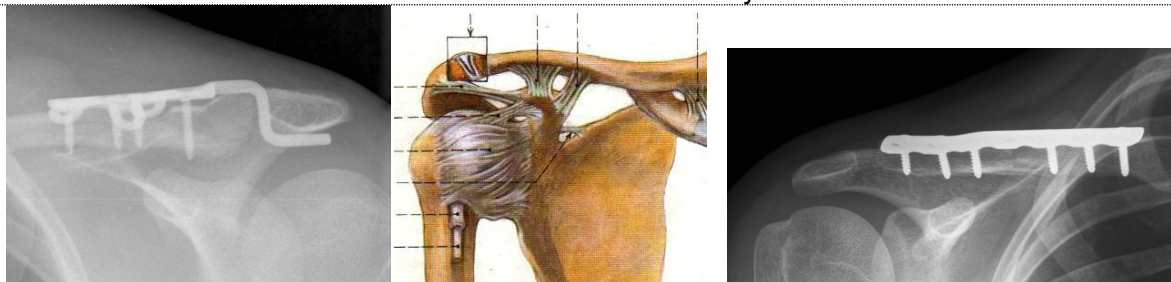
ilustrační obrázky



Název výkonu

Stabilizace skloubení mezi lopatkou a klíční kosti pomocí kovových drátů, sešití vazů spojujících klíční kost a lopatku (transfixace akromioklavikulárního skloubení)

ilustrační obrázky



Účel výkonu

Obnovení původního tvaru a funkce poraněné klíční kosti.

Obnovení původního tvaru a funkce poraněného skloubení mezi lopatkou a klíční kosti.

Povaha výkonu

Jedná se o středně těžký výkon, diagnosticko – léčebný.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zpevnění poraněné klíční kosti resp. skloubení lopatky a klíční kosti, odstranění bolesti, zabránění vzniku dalších poranění kostními úlomky, možnost zahájení včasné rehabilitace.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba bez operace - ta je však zatížena určitým procentem komplikací (nezhojení, nestabilita ramene).

Následky výkonu

Jizvy, vznik předčasných degenerativních kloubních změn, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestesií (zrecitněním – srdeční zástava apod.), riziko vzniku paku, riziko žilní trombózy a plicní embolie, riziko poranění podklíčkové tepny nebo žíly s masivním krvácením, ohrožení vitality horní končetiny, riziko poranění nervů pažní pleteně s poruchou hybnosti a citlivosti horní končetiny, dále riziko infekce v ráně.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, provádějícího výkon	Datum	Hodina

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

--

Jak pacient projevil svou vůli:

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina